|  |
| --- |
| Data: ……………………  Miejscowość: ………………………….….  **Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego**  Ja, …………………………………………………………..……………………………………... ,  (*imię i nazwisko*)  posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę zastępczą\*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:  ……………………………………………….…………………………………………………….... ,  (*imię i nazwisko dziecka*)  ucznia / ~~wychowanka~~\* klasy …..…... SP/LO\* Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 4 w Poznaniu podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej  we wrześniu 2021 r. na terenie szkoły/~~placówki~~\* albo w wyznaczonym punkcie szczepień.  Dodatkowo, zgłaszam …….. członka/ów rodziny ………………………………….……………  *(liczba)* *(stopień pokrewieństwa)*  chętnego/ych do zaszczepienia podczas ww. akcji.  Podpis rodzica dziecka:  ……………………………..  \* niepotrzebne skreślić |